

Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych

Changes in intensity of neurotic symptoms associated with reduction of suicidal ideation in patients who underwent psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders

Paweł Rodziński¹, Krzysztof Rutkowski¹, Agnieszka Murzyn²,
Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Cyranka¹, Edyta Dembińska¹,
Karolina Grządziel³, Katarzyna Klasa⁴, Michał Mielimąka¹,
Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

Aim. Analysis of associations between changes in the intensity of neurotic symptoms and reduction of suicidal ideation (SI) or lack of SI reduction, in patients who underwent a course of intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach in a day hospital.

Material and method. Symptom Checklist KO“O” and Life Inventory completed by 461 women and 219 men treated in the psychotherapeutic day hospital due to neurotic, behavioral or personality disorders between 2005–2013. During the qualification for the therapy 134 women and 80 men reported SI, of whom 84.3% and 77.5% respectively improved.

Results. The reduction of neurotic symptoms intensity was greater in patients of both genders who improved in terms of SI than in those who did not. This referred to global intensity of neurotic symptoms (OWK coefficient) in both genders ($p < 0.001$), as well as to the majority of the neurotic symptoms subtypes in both genders ($p < 0.05$): *Phobic disorders, Other anxiety disorders, Obsessive-compulsive disorders, Conversions and dissociations, Autonomic disorders, Somatization disorders, Neurasthenia, Avoidance and dependence, Sexual dysfunc-*

tions, *Dysthymia*; and in case of women ($p < 0.05$): *Hypochondriasis*, *Depersonalization and derealization*, *Impulsiveness and histrionism* and *Non-organic sleep disorders*.

Conclusions. The results show effectiveness and comprehensiveness of intensive psychotherapy as a treatment method that leads to improvement in terms of both SI and neurotic symptoms. This suggests that the applied therapy may be effective in preventing suicidality in this group of patients. The observed associations also point in favor of hypothesis on similarities in etiopathogenesis of and partly identical personality-related factors predisposing to SI and neurotic disorders.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, objawy nerwicowe, psychoterapia

Key words: suicidal ideations, neurotic symptoms, psychotherapy

Wstęp

Badania naukowe i praktyka kliniczna wskazują, że ryzyko suicydalności (rozumianej jako wystąpienie myśli i zachowań samobójczych) jest wyraźnie związane z występowaniem wielu różnych zaburzeń psychicznych, między innymi zaburzeń afektywnych, psychotycznych, bulimii czy też uzależnienia od substancji psychoaktywnych [1–6]. Dotychczas mniej uwagi poświęcano zagadnieniu suicydalności u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Coraz liczniejsze wyniki badań ostatniej dekady dowodzą, że zaburzenia lękowe są istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia myśli samobójczych (MS), a nawet, mniej spodziewanych w tej grupie pacjentów, prób samobójczych (PS), niezależnie od zmiennych demograficznych i współwystępowania innych zaburzeń [7]. Z kolei jednoczesne występowanie zaburzeń lękowych z zaburzeniami nastroju lub współwystępowanie zaburzeń lękowych (szczególnie zaburzeń lękowych z napadami lęku oraz PTSD) z zaburzeniami osobowości prowadzi, jak ustalono, do kumulacji ryzyka suicydalności zarówno w grupach klinicznych, jak i w prospektywnych badaniach populacyjnych [8, 9].

Dyskusja nad powiązaniem pomiędzy pragnieniem odebrania sobie życia a zaburzeniami lękowymi, afektywnymi i osobowości ma istotne znaczenie praktyczne. Wgląd w naturę owych powiązań może pozwolić na dobór adekwatnego do potrzeb i skutecznego leczenia. Jak dotąd stworzono różne modele związane z wystąpieniem MS odnoszące się do depresyjności i poczucia beznadziejności (hopelessness) [10] oraz czynników interpersonalnych i poznawczych (szczególnie poczucia bycia ciężarem dla innych i poczucia braku przynależności) [11, 12]. Systematyczny przegląd 90 artykułów opublikowanych w latach 1985–1997 dokonany przez Brezo i wsp. [13], koncentrujący się m.in. na zagadnieniu predyspozycji osobowościowych do wystąpienia MS, podkreśla znaczenie nadmiernej introwersji, tendencji do reagowania lękiem i do unikania zranienia, niskiej samooceny, samokrytycyzmu, perfekcjonizmu oraz neurotyczności (w rozumieniu czynnika osobowości modelu Wielkiej Piątki Costy i McCrae). W badaniach innych autorów podnoszone jest znaczenie poczucia izolacji [14], istotnych trudności interpersonalnych [5, 15] oraz negatywnego postrzegania siebie i innych [16]. W świetle przytoczonych wyników wydaje się prawdopodobne, że przynajmniej część cech osobowości, które predysponują do wystąpienia objawów nerwicowych, jednocześnie ma udział w patogenezie MS. Pośrednio przemawiają za

tym również wyniki uzyskane przez Illiceta i wsp. [16], Heisela i wsp. [17], Sobańskiego i wsp. [18], jak również przypuszczenia Brezo i wsp. [13], według których istnieje związek pomiędzy MS a neurotycznością. Wydaje się więc, że cechy osobowości zwiększające ryzyko wystąpienia MS mogą być częściowo tożsame z cechami osobowości predysponującymi do wystąpienia objawów nerwicowych [19–21].

Wielokierunkowe badania nad ryzykiem wystąpienia suicydalności wskazują także na znaczenie czynników genetycznych [22], interakcji pomiędzy genami oraz genami a środowiskiem. Jednym z najlepiej zbadanych genetycznych czynników ryzyka MS i tendencji samobójczych jest polimorfizm genu transportera serotoniny (5-HTTLPR) [23]. Wiadomo także, że czynniki psychospołeczne, takie jak doświadczenia nadużycia lub zaniedbania w relacjach z opiekunami oraz rozwinięcie innego niż bezpieczny stylu przywiązania, mogą mieć istotne znaczenie u osób, u których pojawiają się MS i tendencje samobójcze [15, 24]. Jednocześnie wyniki większości badań nad etiopatogenezą zaburzeń lękowych również potwierdzają istnienie genetycznych czynników ryzyka, w tym polimorfizmu genu transportera serotoniny, jak również znaczenie psychospołecznych (relacyjnych) czynników predysponujących do zaburzeń nerwicowych [19, 25] mających swoje odzwierciedlenie w budowie i funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego [26].

Podsumowując, prawdopodobne jest, że czynniki etiopatogenetyczne objawów nerwicowych oraz suicydalności (predyspozycje neurobiologiczne i genetyczne, doświadczenie urazów w ważnych relacjach, pozabezpieczny styl przywiązania, cechy osobowości utrudniające komunikację i efektywne korzystanie z sieci wsparcia) mogą być przynajmniej częściowo tożsame. Dodatkowo wystąpienie objawów zaburzeń nerwicowych może zwiększać ryzyko pojawienia się MS poprzez obniżenie komfortu i satysfakcji z życia, nasilenie bólu psychicznego, pogłębienie poczucia izolacji i niezrozumienia przez otoczenie. Wydaje się więc, że zastosowanie leczenia w postaci psychoterapii ukierunkowanej na rozumienie przez pacjentów swoich motywów i emocji, kształtowanie dojrzszych mechanizmów radzenia sobie, zwiększenia siły ego i tolerancji na frustrację mogłoby prowadzić jednocześnie do redukcji objawów nerwicowych, jak i zmniejszenia ryzyka suicydalności. Niemniej jednak w dostępnym autorom piśmiennictwie nie natrafiono na prace, które rzuciłyby światło na to, czy u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi ustąpienie MS jest powiązane z korzystnymi zmianami objawowymi oraz jakie mechanizmy stoją za możliwością uzyskania poprawy w tym zakresie.

Cel

Celem niniejszego badania było określenie związków pomiędzy zmianami w nasileniu dolegliwości nerwicowych a redukcją myśli samobójczych – tj. ich ustąpieniem lub redukcją ich nasilenia – lub jej brakiem u pacjentów, którzy przeszli cykl intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.

Material i metoda

Źródłem informacji na temat MS (definiowanych jako chęć odebrania sobie życia) był Kwestionariusz objawowy KO„O” [27, 28], który był wypełniany przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [29] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji. Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia myśli samobójczych posłużyło pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO„O”). Kwestionariusz obejmował odpowiedź negatywną (0) oznaczającą brak MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymagała od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, które służyły rozróżnieniu stopnia uciążliwości danego objawu. Gradacja obejmowała trzy stopnie: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

Kwestionariusz KO„O” pozwolił także na określenie nasilenia 14 grup dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych oraz łącznego nasilenia owych dolegliwości (współczynnik OWK) [27, 28].

Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 461 kobiet i 219 mężczyzn, którzy byli leczeni w Oddziale Dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2005–2013. Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona m.in. pytania dotyczące płci i wieku (tab. 1), stanu cywilnego (tab. 2), wykształcenia (tab. 3) i źródła utrzymania (tab. 4). Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,9 roku, zaś mężczyzn 30,4 roku [29].

Tabela 1. Wiek pacjentów [29]

Płeć	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność	461	219
Średnia \pm odchylenie std.	29,9 \pm 8,1 roku	30,4 \pm 7,4 roku
Mediana	27,4 roku	29,0 lat
Minimum–maksimum	18,2–57,1 roku	18,9–55,6 roku

Tabela 2. Stan cywilny [29]

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/Kawaler	288	62,5%	140	63,9%
Zamężna/-y	145	31,5%	69	31,5%
Separacja	5	1,1%	2	0,9%
Rozwiedziona/-y	20	4,3%	7	3,2%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%

Tabela 3. Wykształcenie [29]

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%
Średnie ukończone	112	24,3%	53	24,2%
Nieukończone licencyjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%

Tabela 4. Źródło utrzymania [29]

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%
Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w psychoterapeutycznym oddziale dziennym oprócz badań za pomocą wymienionych kwestionariuszy obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz kilka innych kwestionariuszy, co łącznie pozwalało na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego [5] oraz innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających korzystanie z psychoterapii na wyżej wymienionym oddziale dziennym [30]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Od zakończenia kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia na oddziale dziennym upływało zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów, którzy podejmowali leczenie na wyżej wymienionym oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniem ze spektrum F40–F69 (wg ICD-10), w tym pacjenci, u których diagnozie zaburzeń osobowości towarzyszyły inne zaburzenia psychiczne z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10 [29]

	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii	51	11,1%	31	14,2%
F41 Inne zaburzenia lękowe	145	31,5%	73	33,3%
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	15	3,3%	12	5,5%
F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	40	8,7%	18	8,2%
F44 Zaburzenia dysocjacyjne	9	2,0%	1	0,5%
F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	45	9,8%	20	9,1%
F48 Inne zaburzenia nerwicowe	3	0,7%	8	3,7%
F50 Zaburzenia odżywiania się	27	5,9%	0	0,0%
F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne ^a	198	43,0%	94	42,9%
Inne ^b	19	4,1%	13	5,9%

^a – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu zaburzeń z grup F4 i F5, ^b – rozpoznania współwystępujące z diagnozami zaburzeń ze spektrum F40–F69.

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni. W trakcie leczenia pacjenci uczestniczyli w intensywniej, codziennej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej. W toku psychoterapii zmierzano m.in. do poszerzenia wglądu pacjentów w wykorzystywane mechanizmy obronne, w procesy interpersonalne zachodzące podczas terapii oraz w funkcje zgłaszanych objawów. Ważnymi elementami leczenia były: praca z oporem oraz z przeniesieniem, wzmacnianie siły ego i autonomii pacjentów, korygowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych oraz tworzenie okoliczności pozwalających na korektywne przeżycia [19, 30–34].

Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres stosowania był, według założeń przyjmowanych na oddziale, redukowany w zależności od stanu psychicznego w celu uzyskania dostępu do przeżyć pacjentów oraz okoliczności wiążących się z objawami. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających na tym samym oddziale wynosił 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp czasowy pomiędzy badaniami przeprowadzonymi podczas kwalifikacji oraz przy wypisie wyniósł średnio $137,1 \pm 30,3$ dnia u kobiet oraz $132,4 \pm 30,5$ dnia u mężczyzn.

Nasilenie objawów nerwicowych w zależności od wyjściowej obecności lub nieobecności MS

Wykorzystując test t-Studenta dla prób niezależnych porównano wartości skal Kwestionariusza objawowego KO₁O₂ u pacjentów, którzy podczas kwalifikacji do leczenia zgłosili MS, oraz tych, którzy ich nie zgłosili. Stwierdzono, że pacjenci zgłaszający MS w stosunku do pozostałych odznaczali się wyraźnie wyższym globalnym nasileniem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych ($p < 0,001$) i wyższym nasileniem niemal wszystkich z 14 grup owych dolegliwości mierzonych za pomocą KO₁O₂ ($p < 0,001$) – jedynym wyjątkiem były nieorganiczne zaburzenia snu u mężczyzn, w przypadku których różnice były nieistotne statystycznie [29].

Wyodrębnienie podgrup pacjentów, u których nastąpiły różne zmiany w zakresie MS

Pośród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1%, zaś końcowe wynosiło 10,2%. Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5%, zaś pod koniec terapii 13,7% (tab. 6).

Tabela 6. Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS pośród wszystkich badanych, osobno dla kobiet i mężczyzn (n = 680) [29]

	Kobiety (n = 461)			Mężczyźni (n = 219)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
MS obecne podczas kwalifikacji	134	29,1%	25,1%–33,4%	80	36,5%	30,4%–43,1%	3,83	n.s.
MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	n.s.
Poprawa w zakresie MS (ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	24,5%	20,8%–28,6%	62	28,3%	22,8%–34,6%	1,12	n.s.
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	n.s.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pogorszenie w zakresie MS (definiowane jako wzrost ich nasilenia lub ich pojawienie się)	23	5,0%	3,4%–7,4%	6	2,7%	1,3%–5,9%	1,84	n.s.
Pojawienie się MS pod koniec terapii przy wyjściowym ich braku	16	3,5%	2,2%–5,6%	3	1,4%	0,5%–4,0%	2,41	n.s.
Wzrost nasilenia MS w stosunku do ich nasilenia z czasu kwalifikacji	7	1,5%	0,7%–3,1%	3	1,4%	0,5%–4,0%	0,02	n.s.
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	n.s.

n.s. – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona

Kolejne analizowane zestawienie dotyczyło wyłącznie pacjentów, którzy zgłosili MS na etapie kwalifikacji. W owej podgrupie kobiet poprawę uzyskało 84,3%. Jednocześnie wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet. Pośród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%. Z kolei odsetek mężczyzn, u których zaobserwowano wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS, wyniósł 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 7).

Tabela 7. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [29]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności		
							Chi ²	p
Poprawa w zakresie MS (definiowana jako ich ustapienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	n.s.
Ustapienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	n.s.
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	n.s.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	n.s.
Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	n.s.
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	n.s.

n.s. – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona

Różnice pomiędzy płciami w zakresie zmian dotyczących MS zarówno w całej badanej grupie, jak i w podgrupie pacjentów z wyjściowo obecnymi MS były nieistotne statystycznie (tab. 6 i 7).

Analiza związku pomiędzy poprawą w zakresie MS a zmianami w nasileniu objawów nerwicowych

Dla określenia zmian w nasileniu grup objawów nerwicowych obliczono różnice pomiędzy wartościami końcowymi a początkowymi skal Kwestionariusza objawowego KO„O” [27, 28] dla każdego z badanych. Następnie uzyskane różnice należące do pacjentów z wcześniej wyróżnionych podgrup porównano ze sobą: te należące do pacjentów z poprawą w zakresie MS oraz te należące do pacjentów bez owej poprawy. Porównania przeprowadzono osobno dla kobiet i mężczyzn. W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych dla zmiennych o rozkładzie normalnym.

Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Użyto licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Wyniki

Uzyskane wyniki dotyczące kobiet wskazują na to, że poprawa zarówno w zakresie ogólnego nasilenia objawów (współczynnik OWK), jak i nasilenia wszystkich grup objawów nerwicowych (skal Kwestionariusza objawowego „O”) była istotnie większa u pacjentek, u których doszło do ustąpienia MS lub redukcji ich nasilenia, niż u pacjentek, u których nie nastąpiła poprawa w tym zakresie (tab. 8).

Tabela 8. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza objawowego KO„O”, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u kobiet (n = 134)

Średnie wartości zmian skal KO„O” \pm odch. std.		Test t-Studenta				
*Brak poprawy w zakresie MS (n = 21)	*Poprawa w zakresie MS (n = 113)	** Różnica średnich zmian skal	Przedział ufności 95%		t	p
			Granica dolna	Granica górna		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	-107,8 ± 172,0	-276,5 ± 125,0	-168,8	-231,5	-106,1	-5,323	0,000
1. Zaburzenia fobiczne	-0,33 ± 1,7	-3,45 ± 2,0	-3,12	-4,05	-2,18	-6,594	0,000
2. Inne zaburzenia lękowe	-0,95 ± 2,2	-3,11 ± 1,6	-2,15	-2,94	-1,37	-5,416	0,000
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	-1,24 ± 1,7	-2,47 ± 2,2	-1,23	-2,25	-0,21	-2,394	0,018
4. Konwersje	-0,95 ± 1,9	-2,98 ± 1,7	-2,03	-2,84	-1,22	-4,964	0,000
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	-1,38 ± 2,1	-2,98 ± 1,9	-1,60	-2,50	-0,70	-3,516	0,001
6. Zaburzenia somatyzacyjne	-1,95 ± 2,3	-3,33 ± 1,7	-1,38	-2,23	-0,52	-3,199	0,002
7. Zaburzenia hipochondryczne	-0,71 ± 1,7	-2,43 ± 1,8	-1,72	-2,57	-0,87	-3,999	0,000
8. Neurastenia	-0,67 ± 2,2	-1,51 ± 1,4	-0,85	-1,58	-0,11	-2,278	0,024
9. Depersonalizacje i derealizacje	-1,57 ± 2,2	-3,05 ± 2,1	-1,48	-2,47	-0,49	-2,962	0,004
10. Unikanie i zależność	-0,10 ± 2,0	-1,88 ± 1,5	-1,78	-2,54	-1,02	-4,628	0,000
11. Impulsywność i histrioniczność	-0,86 ± 2,2	-3,17 ± 2,0	-2,31	-3,26	-1,36	-4,815	0,000
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	-1,05 ± 1,8	-2,07 ± 2,0	-1,02	-1,95	-0,10	-2,185	0,031
13. Dysfunkcje seksualne	-1,00 ± 2,8	-3,05 ± 2,5	-2,05	-3,25	-0,85	-3,386	0,001
14. Dystymia	-0,10 ± 1,7	-2,14 ± 1,5	-2,05	-2,75	-1,35	-5,775	0,000

* Wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali z okresu kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. Wynik dodatni oznacza wzrost wartości skali z okresu kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. ** Wynik stanowi różnicę pomiędzy średnimi zmianami w wartościach skal pomiędzy podgrupą pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a podgrupą, u której poprawa nie nastąpiła.

U mężczyzn wyniki były w znacznym zakresie podobne. Redukcja ogólnego nasilenia dolegliwości nerwicowych, jak również redukcja nasilenia większości spośród grup objawów nerwicowych były istotnie większe u mężczyzn, u których nastąpiła poprawa w zakresie MS, niż u mężczyzn, u których nie zaobserwowano poprawy w postaci ustąpienia lub redukcji nasilenia MS. Innymi słowy, pacjenci, u których doszło do eliminacji MS lub redukcji ich nasilenia, na ogół uzyskali większą poprawę w zakresie objawów nerwicowych niż ci, u których nie nastąpiła poprawa w zakresie MS. Tego rodzaju powiązań nie zaobserwowano wyłącznie w przypadku czterech grup objawów

nerwicowych u mężczyzn, tj. Zaburzeń hipochondrycznych, Depersonalizacji i derealizacji, Impulsywności i histrioniczności oraz Nieorganicznych zaburzeń snu (tab. 9).

Tabela 9. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza objawowego KO„O”, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u mężczyzn (n = 80)

	Średnie wartości zmian skal KO„O” \pm odch. std.		Test t-Studenta				
	*Brak poprawy w zakresie MS (n = 18)	*Poprawa w zakresie MS (n = 62)	** Różnica średnich	Przedział ufności 95%		t	p
				Granica dolna	Granica górna		
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	-134,0 \pm 135,0	-260,1 \pm 115,0	-126,1	-190,0	-62,1	-3,925	0,000
1. Zaburzenia fobiczne	-2,00 \pm 2,9	-3,92 \pm 2,4	-1,92	-3,27	-0,57	-2,830	0,006
2. Inne zaburzenia lękowe	-1,33 \pm 2,1	-2,65 \pm 1,6	-1,31	-2,23	-0,40	-2,852	0,006
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	-,78 \pm 1,6	-2,61 \pm 2,1	-1,84	-2,91	-0,76	-3,385	0,001
4. Konwersje	-1,39 \pm 1,7	-3,02 \pm 1,8	-1,63	-2,55	-0,70	-3,500	0,001
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	-1,78 \pm 1,9	-3,03 \pm 1,7	-1,25	-2,20	-0,31	-2,643	0,010
6. Zaburzenia somatyzacyjne	-2,00 \pm 2,1	-3,10 \pm 2,0	-1,10	-2,17	-0,02	-2,037	0,045
7. Zaburzenia hipochondryczne	-2,00 \pm 1,9	-2,40 \pm 2,0	-0,40	-1,46	0,66	-,757	0,451
8. Neurastenia	-0,22 \pm 2,2	-1,89 \pm 1,7	-1,66	-2,61	-0,72	-3,506	0,001
9. Depersonalizacje i derealizacje	-1,39 \pm 2,1	-2,50 \pm 2,1	-1,11	-2,22	0,00	-1,994	0,050
10. Unikanie i zależność	-0,83 \pm 1,7	-2,16 \pm 1,6	-1,33	-2,20	-0,45	-3,016	0,003
11. Impulsywność i histrioniczność	-2,50 \pm 2,4	-3,31 \pm 1,9	-0,81	-1,87	0,25	-1,517	0,133
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	-1,44 \pm 2,1	-2,08 \pm 1,9	-0,64	-1,68	0,41	-1,210	0,230
13. Dysfunkcje seksualne	-0,78 \pm 2,6	-2,74 \pm 2,3	-1,96	-3,23	-0,69	-3,078	0,003
14. Dystymia	-0,33 \pm 1,9	-1,73 \pm 1,4	-1,39	-2,20	-0,58	-3,420	0,001

* Wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali z okresu kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. Wynik dodatni oznacza wzrost wartości skali z okresu kwalifikacji

w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. ** Wynik stanowi różnicę pomiędzy średnimi zmianami w wartościach skal pomiędzy podgrupą pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a podgrupą, u której owa poprawa nie nastąpiła.

Dyskusja

Uzyskane wyniki wydają się przemawiać za prawdziwością hipotezy o zbliżonej etiopatogenezie i wspólnych czynnikach osobowościowych predysponujących do wystąpienia zarówno MS, jak i zaburzeń nerwicowych [13, 16, 17, 20, 21]. Wydaje się, że modyfikacja neurotycznych cech osobowości, która stanowiła bezpośredni cel zastosowanej formy psychoterapii, mogła prowadzić do korzystnych zmian zarówno w obszarze objawowym, jak i zmniejszenia MS. Tym samym uzyskane wyniki uwypatniają zasadność zaleceń Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, według których skuteczne leczenie zaburzeń nerwicowych i osobowości stanowi istotny czynnik prewencji suicydalności [36]. Niemniej jednak dokładne mechanizmy zmian, jak i udział poszczególnych czynników terapeutycznych w zaobserwowanej poprawie są trudne lub niemożliwe do precyzyjnego określenia.

W badaniu Hsiao i wsp. [37] przeprowadzonym na grupie osób z zaburzeniami adaptacyjnymi leczonych terapią grupową nastawioną na redukcję napięcia emocjonalnego i stresu (bez odwoływania się do istotnych trudności wewnątrypsychicznych i interpersonalnych pacjentów) uzyskano redukcję nasilenia MS, której nie towarzyszyły zmiany w zakresie nasilenia innych objawów, takich jak lęk i depresyjność. Wyniki te wydają się wskazywać na udział takich czynników terapeutycznych jak zaszczepienie nadziei, udzielanie pacjentom informacji czy też doświadczenie spójności grupy [38] w redukowaniu nasilenia MS. Mogą także sugerować, że do redukcji MS nie jest konieczne leczenie uznawane za „przyczynowe”, tj. odwołujące się do czynników osobowościowych predysponujących do ich wystąpienia. Wydaje się jednak prawdopodobne, że na wyniki Hsiao i wsp. [37] wpłynęła specyfika badanej grupy i pewna odmienność etiologiczna zaburzeń adaptacyjnych od innych zaburzeń nerwicowych – m.in. większe znaczenie zewnętrznych czynników dla powstania objawów.

Pacjenci z zaburzeniami osobowości oraz z zaburzeniami nerwicowymi innymi niż zaburzenia adaptacyjne mogą wymagać innych strategii terapeutycznych dla redukcji MS – leczenia odwołującego się do kluczowych konfliktów intrapsychicznych, zmiany mechanizmów obronnych i neurotycznych cech osobowości, jak również modyfikacji wzorców relacji interpersonalnych i tendencji do dysfunkcjonalnych zachowań [38]. Potwierdzają to wyniki badań Guthrie i wsp. [39] oraz wnioski Linehan [40] wskazujące na skuteczność strategii ukierunkowanych na zmianę w zakresie przeżywania i zachowania (stosowanych np. w psychoterapii psychodynamiczno-interpersonalnej i dialektyczno-behawioralnej) dla zmniejszenia nasilenia myśli i tendencji samobójczych w grupach pacjentów z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami afektywnymi. Wykazane w niniejszym badaniu istotne zależności pomiędzy poprawą w zakresie MS a redukcją nasilenia niemal wszystkich rodzajów dolegliwości nerwicowych (mierzonych za pomocą skal Kwestionariusza objawowego KO„O”) również wydają się potwierdzać i akcentować znaczenie tych czynników leczniczych, które pozwoliły na uzyskanie

korzystnych zmian zarówno w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych, jak i MS. Istotne w procesie terapii integracyjnej z przewagą podejścia psychodynamicznego mogły być czynniki, które pozwalają na uzyskanie wglądu w przyczyny i znaczenie wewnętrzpsychicznych konfliktów, dysfunkcyjnych postaw i przekonań oraz trudności relacyjnych [19, 41]. Przepracowywanie kluczowych trudności w toku leczenia mogło prowadzić do wzmocnienia dojrzalszych mechanizmów radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami i impulsami, a ostatecznie do redukcji neurotyczności i uzyskania poprawy zarówno w obszarze objawowym, jak i w zakresie MS. Przypuszczenia te współbrzmiały z tezami innych badaczy, którzy podkreślają niemożność leczenia MS bez zrozumienia ich indywidualnego kontekstu, a także ich komunikacyjnego charakteru [19, 25]. MS mogą mieć bardzo różnorodne znaczenia – mogą być m.in. zamachem na wewnętrzną reprezentację zniechęconego obiektu, wyrażać niemożność sprostania ideałowi self, sygnalizować trudność w przeżyciu żałoby lub być wyrazem pragnienia przejęcia kontroli nad otoczeniem [25, 38, 42]. Takie rozumienie MS – jako objawu, któremu należy nadać indywidualne znaczenie w odniesieniu do przeżyć pacjenta i bieżącego kontekstu relacyjnego – skłania do zastosowania wobec nich podobnych sposobów leczenia, jakie wykorzystywane są wobec objawów nerwicowych. Zaobserwowane w toku leczenia współzależności pomiędzy zmianą w zakresie MS a zmianami w zakresie objawów nerwicowych mogą zatem być determinowane nie tylko ich zbliżoną etiopatogenezą, lecz także podobieństwem oddziaływań, które pozwalają na ich złagodzenie.

W świetle badań wskazujących na znaczenie wyobcowania i poczucia bycia ciężarem dla innych (jako czynników ryzyka suicydalności) [43] szczególnie ważna dla złagodzenia MS wydaje się kwestia czynników interpersonalnych, unikalnych dla terapii grupowej [11, 14]. Istotne znaczenie dla zmiany dysfunkcyjnych przekonań związanych z relacjami, oprócz czynników wzmiankowanych powyżej (zaszczerpienia nadziei, uzyskiwania i udzielania informacji), mogły mieć: poczucie przynależności do grupy, złagodzenie poczucia alienacji, rozwój umiejętności społecznych, poczucie bycia wysłuchanym i zrozumianym, a także pomocnym dla innych pacjentów [37, 41]. Prawdopodobnie istotną rolę odegrało także przymierze z grupą i terapeutami oraz stałe ramy terapii (setting). Mogły one być pomocne m.in. w modyfikacji dysfunkcyjnych stylów radzenia sobie z trudnościami, precyzowaniu celów terapeutycznych i osobistych „zorientowanych na życie” („life-oriented”) [38], prowadząc do poprawy objawowej i redukcji MS. Należy także przyjąć, że sama redukcja nasilenia objawów nerwicowych (pociągająca za sobą między innymi poprawę samopoczucia i odzyskanie nadziei na bardziej satysfakcjonujące życie) mogła stanowić bezpośredni czynnik warunkujący złagodzenie MS.

Podsumowując, wydaje się, że te same czynniki leczące w psychoterapii, które prowadziły do redukcji nasilenia objawów nerwicowych, mogły być odpowiedzialne za poprawę w zakresie MS, m.in. poprzez oddziaływanie na obszary etiopatogenetycznie wspólne dla MS i objawów nerwicowych. W świetle teorii dotyczących znaczenia czynników relacyjnych dla powstawania MS [11, 42], istotne dla poprawy w zakresie MS mogły być także czynniki interpersonalne, unikalne dla psychoterapii grupowej [25, 37]. Bardziej precyzyjne określenie zakresu ich oddziaływania wymagałoby dalszych badań.

Nieco zaskakujący i trudny do jednoznacznego wyjaśnienia jest brak istotnego związku między poprawą w zakresie MS a redukcją nasilenia kilku grup objawów u mężczyzn [43–46]. Sugerując się doświadczeniem klinicznym, można byłoby spodziewać się, że złagodzenie MS u mężczyzn również będzie wiązało się z poprawą w zakresie Nieorganicznych zaburzeń snu, Impulsywności i histrioniczności oraz Zaburzeń hipochondrycznych (tab. 9). Pomimo uzyskanej poprawy w zakresie MS, być może w przypadku niektórych, uporczywych dolegliwości nerwicowych, jak np. hipochondrii, rozumianej z perspektywy psychodynamicznej m.in. jako potrzeba „ukarania siebie” za nieakceptowane impulsy i pragnienia [47], konieczne jest dłuższe stosowanie psychoterapii pozwalające na pogłębione przepracowanie autodestrukcyjnych skłonności [48]. Niemniej jednak pacjenci z badanej grupy uczestniczyli łącznie w około 200 sesjach psychoterapeutycznych, co stanowi intensywne oddziaływanie średnioterminowe (trwające 3 miesiące). Wyjaśnienie tego rodzaju obserwacji wymaga dalszych badań. Nie można także wykluczyć, że nieprzekroczenie przez niektóre wyniki progu istotności statystycznej wyniknęło z niewystarczającej liczebności badanej grupy mężczyzn.

Dla właściwej interpretacji wyników niniejszego badania warto zaznaczyć, że objęci nim pacjenci z MS przynajmniej tymczasowo nie byli obciążeni wysokim ryzykiem samobójczym, które uniemożliwiałoby leczenie w oddziale dziennym, jakkolwiek obecność innych przejawów autoagresji, np. samookaleczeń lub historia prób samobójczych, nie należała do rzadkości. Ponadto, w związku z brakiem grupy kontrolnej dla badanej populacji, należy zadać pytanie, czy zaobserwowana poprawa pozwala wnioskować o skuteczności zastosowanej formy psychoterapii. Wobec odnotowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia badanych objawów (tab. 6–9) oraz faktu, iż zastosowana terapia stanowi powszechnie uznaną metodę leczniczą stosowaną wobec grup pacjentów, do których należeli badani [31, 32, 38, 49], wydaje się wysoce prawdopodobne, że uzyskane wyniki obrazują skuteczność zastosowanej formy leczenia. Pewnym ograniczeniem przeprowadzonego badania była niemożność zweryfikowania trwałości uzyskanej poprawy objawowej. Niemniej stanowi to typowy niedostatek niemal wszystkich badań nad zmianami zachodzącymi podczas psychoterapii prowadzonych w codziennej praktyce – wyniki badań follow-up uzyskiwane są rzadko i dla niewielkiego odsetka byłych pacjentów. Co więcej, Kwestionariusz KO₂ „O” mierzący nasilenie objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych, na którym bazowało niniejsze badanie, konstruowany jest z pytań dotyczących ostatnich siedmiu dni, co może wiązać się z niewychwyceniem pacjentów, u których badane objawy ustąpiły jedynie tymczasowo. Ponadto analizowane pytanie dotyczyło MS, które cechowały się „uciążliwością”. Doświadczenie kliniczne pokazuje jednak, że niektórzy pacjenci, szczególnie ci z poważnymi zaburzeniami osobowości bądź głęboko depresyjni, mogą odbierać pojawiające się MS jako egosyntoniczne. Na przykład MS mogą być przez nich uważane jako użyteczne narzędzie rozładowywania swoich napięć emocjonalnych lub jako myśli obrazujące radykalne, lecz adekwatne wyjście z sytuacji postrzeganej jako beznadziejna. Między innymi z tego powodu należy zaznaczyć, że zadeklarowanie w kwestionariuszu przez pacjentów obecności uciążliwych MS z pewnością nie jest równoważne z ujawnieniem MS podczas badania psychiatrycznego. Nie bez znaczenia jest także rodzaj dominującej metody leczniczej, którą była psychoterapia psychody-

namiczna niezakładająca ściśle określonego planu oddziaływań obejmującego treść zastosowanych interwencji. Innymi słowy, oddziaływania psychoterapeutyczne były po części dobierane na bieżąco i w sposób zindywidualizowany. Należy więc przyjąć, że obserwowane zmiany w przypadku każdego z pacjentów mogły być rezultatem nieco innych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych [29, 50].

Wnioski

1. Redukcja ogólnego nasilenia dolegliwości nerwicowych była większa u pacjentów, u których nastąpiła poprawa w zakresie MS (definiowana jako ustąpienie MS lub zmniejszenie się ich intensywności), niż u tych, u których nie zaobserwowano poprawy w zakresie MS – dotyczyło to obu płci.
2. Analizując poszczególne rodzaje objawów nerwicowych (mierzone za pomocą Kwestionariusza objawowego KO„O”), stwierdzono, że intensywność większości z nich uległa istotnie silniejszej redukcji u pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, niż u tych, u których nie nastąpiła taka poprawa. Dotyczyło to następujących rodzajów dolegliwości nerwicowych zarówno u kobiet, jak i mężczyzn: Zaburzeń fobicznych, Innych zaburzeń lękowych, Zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, Konwersji, Zaburzeń autonomicznych, Zaburzeń somatyzacyjnych, Neurastenii, Unikania i zależności, Dysfunkcji seksualnych i Dystymii; wyłącznie u kobiet były to: Zaburzenia hipochondryczne, Depersonalizacje i derealizacje, Impulsywność i histrioniczność oraz Nieorganiczne zaburzenia snu.
3. Uzyskane wyniki wskazują na zasadność stosowania intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, u których występują MS. Niniejsze badanie dostarczyło wyników potwierdzających skuteczność i kompleksowość tej formy leczenia jako prowadzącej do poprawy zarówno w odniesieniu do MS, jak i objawów zaburzeń nerwicowych. Pozwala to przypuszczać, że zastosowana forma psychoterapii może stanowić efektywną metodę prewencji suicydalności w tej grupie pacjentów.
4. Zaobserwowane zależności przemawiają także za trafnością hipotezy o zbliżonej etiopatogenezie i częściowo tożsamych czynnikach osobowościowych predysponujących do wystąpienia zarówno MS, jak i zaburzeń nerwicowych.

Piśmiennictwo

1. Isometsa E. *Suicidal behaviour in mood disorders –who, when, and why?* Can. J. Psychiatry 2014; 59(3): 120–130.
2. Peng H, Wu K, Li J, Qi H, Guo S, Chi M. i wsp. *Increased suicide attempts in young depressed patients with abnormal temporal – parietal – limbic gray matter volume.* J. Affect. Disord. 2014; 165: 69–73.
3. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications.* Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.

4. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–395.
5. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 823–834.
6. Polewka A, Groszek B, Trela F, Zieba A, Bolechała F, Chrostek-Maj J. i wsp. *The completed and attempted suicide in Krakow: similarities and differences*. Przegl. Lek. 2002; 59(4–5): 298–303.
7. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. *Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples*. Depress. Anxiety 2013; 30(10): 947–954.
8. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M. i wsp. *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(11): 1249–1257.
9. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. *The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Depress. Anxiety 2010; 27(9): 791–798.
10. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A. i wsp. *Suicide prevention strategies: A systematic review*. JAMA 2005; 294(16): 2064–2074.
11. Kleiman EM, Liu RT, Riskind JH. *Integrating the interpersonal psychological theory of suicide into the depression/suicidal ideation relationship: a short-term prospective study*. Behav. Ther. 2014; 45(2): 212–221.
12. Van Orden KA, Lynam ME, Hollar D, Joiner TE. *Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms*. Cogn. Ther. Res. 2006; 30: 457–467.
13. Brezo J, Paris J, Turecki G. *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113(3): 180–206.
14. Field T, Diego M, Sanders CE. *Adolescent suicidal ideation*. Adolescence 2001; 36(142): 241–248.
15. Mandal E, Zalewska K. *Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 75–84.
16. Iliceto P, Fino E, Sabatello U, Candilera G. *Personality and suicidal ideation in the elderly: factorial invariance and latent means structures across age*. Aging Ment. Health 2014; 18(6): 792–800.
17. Heisel MJ, Duberstein PR, Conner KR, Franus N, Beckman A. *Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older*. J. Affect. Disord. 2006; 90(2–3): 175–180.
18. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K i wsp. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/5].
19. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
20. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
21. Griffith JW, Zinbarg RE, Craske MG, Mineka S, Rose RD, Waters AM. i wsp. *Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders*. Psychol. Med. 2010; 40(7): 1125–1236.
22. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Neurobiology of suicidal behaviour*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 573–588.

23. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. *A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior*. Mol. Psychiatry 2003; 8(7): 646–653.
24. Field T, Diego M, Sanders CE. *Adolescent suicidal ideation*. Adolescence 2001; 36(142): 241–248.
25. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*: Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
26. Schore AN. *Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics*. Pediatr. Rev. 2005; 26(6): 204–217.
27. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
28. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
29. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A i wsp. *Skuteczność terapii w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 489–502.
30. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
31. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
32. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 28–49.
33. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
34. Janusz B, Józefik B, de Barbaro B. *Zastosowania koncepcji dialogowego Ja w psychoterapii, zwłaszcza w terapii rodzin*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 867–875.
35. Champion J, Bhui K, Bhugra D. *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders*. Eur. Psychiatry 2012; 27(2): 68–80.
36. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RT. i wsp. *Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood*. Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(2): 214–219.
37. Yalom DI, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
38. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people: the commonalities*. Arch. Suicide Res. 2006; 10: 305–322.
39. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E. i wsp. *Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2003; 37(5): 532–536.
40. Linehan MM. *Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1997; 836: 302–328.
41. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
42. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis; 2002.
43. Berman AL, Silverman MM, Bongar BM. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press; 2000.

44. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Autodestruktywność pośrednia a płęć psychologiczna*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 759–771.
45. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Zróźnicowanie autodestruktywności pośredniej ze względu na płęć u osób po próbach samobójczych*. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/1].
46. Gierowski K. *Relacje pomiędzy płęcią psychologiczną a agresywnością na tle czynników ryzyka przemocy u nieletnich dziewcząt i chłopców*. W: Gulla B, Wysocka-Pleczyk M. red. *Przestępczość nieletnich*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009. s. 37–50.
47. Christogiorgos S, Tzikas D, Widdershoven-Zervaki MA, Dimitropoulou P, Athanassiadou E, Giannakopoulos G. *Hypochondriacal anxieties in adolescence*. Open Psychol. J. 2013; 6: 6–9
48. Thomson AB, Page LA. *Psychotherapies for hypochondriasis*. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; 4: CD006520.
49. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychotherapy (Chic) 2013; 50(3): 268–272.
50. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K, Grządziel K. i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii na dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*. Psychiatr. Pol. 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223].

Adres: Paweł Rodziński
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 16.10.2014
Zrecenzowano: 27.12.2014
Otrzymano po poprawie: 31.12.2014
Przyjęto do druku: 2.02.2015